

DE LA
POSITION GENU-PECTORALE
EN
OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR JAMIN

Né le 2 Aout 1869 à Belley (Ain)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Concours année 1893



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juin 1896

DE LA
POSITION GENU-PECTORALE

EN
OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VICTOR JAMIN

Né le 2 Aout 1869 à Belley (Ain)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Concours année 1893



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juin 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGEL, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.....		OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricales et Accouchements.....		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....		PIERRET.
Physique médicale.....		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		LORTET.
Anatomie.....		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....		RENAUT.
Physiologie.....		MORAT.
Pathologie interne.....		TEISSIER.
Pathologie externe.....		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MAYET.
Anatomie pathologique.....		TRIPIER.
Médecine opératoire.....		POLLOSSON (Maurice)
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING.
Médecine légale.....		LACASSAGNE.
Hygiène.....		BARD.
Thérapeutique.....		SOULIER.
Pharmacie.....		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DOYON.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DURAND.	ROLLET.	fonctions d'agrégé.
COURMONT.	GANGOLPHE.	ROQUE.	
COLLET.		ROUX.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, *Président* ; M. LAROYENNE, *Assesseur* ; MM. POLLOSSON A. et CONDAMIN, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Étant de stage à la clinique de M. le professeur Fochier, j'assistais, le 14 avril 1895, à un accouchement qui semblait devoir se prolonger d'une façon anormale. En effet, depuis longtemps déjà, l'engagement était fait, la malade poussait avec énergie, mais la tête, immobilisée dans les parois pelviennes, paraissait enclavée. Les efforts de la malade devenaient de plus en plus inefficaces et l'utérus, surmené, finissait par tomber en inertie.

On sentait au toucher que l'occiput butait contre les pubis où il s'était pour ainsi dire engrené et accroché.

L'accoucheuse en chef, sœur Chomard, exhortait en vain la malade à faire de nouveaux efforts, l'utérus, *per se movens*, suivant l'expression de M. le professeur Fochier, restait inerte.

Il fallait donc employer des moyens artificiels, pour terminer l'accouchement ; on prépara le forceps ; l'interne du service, mon ami Alex, se disposait à intervenir, lorsque la sœur Chomard fit prendre à la malade la position genu pectorale.

Les douleurs, jusque-là irrégulières et insuffisantes, se réveillèrent bientôt ; la malade, d'abord inactive, finit par pousser, en restant toujours dans la même position. Au bout de quinze minutes environ, on vit le périnée bomber légèrement, la malade attendit une nouvelle douleur pour faire de nouveaux efforts qui devinrent de plus en plus utiles, car le périnée était complètement distendu.

On fit prendre à la patiente le décubitus dorsal et on constata au toucher que l'occiput, préalablement accroché, venait se dégager sous la symphyse. L'accouchement se termina sans encombre et surtout sans intervention.

Frappé du résultat obtenu par une méthode aussi simple et ayant eu l'occasion de la voir appliquer plusieurs fois avec le même succès, nous eûmes l'idée de faire de l'étude de la position genu-pectorale le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons consacré d'abord un chapitre à l'histoire, dans lequel nous avons réuni un certain nombre de faits montrant qu'il y a bien longtemps que les femmes accouchent dans cette position et que l'on utilise cette méthode dans des accouchements prolongés.

Dans un deuxième chapitre, nous publions une série d'observations recueillies à la clinique et nous

les faisons suivre des quelques réflexions que chacune d'elles nous a suggérées.

Enfin, dans un troisième et dernier chapitre, nous décrivons ce que nous entendons par position genu-pectorale, nous en donnons les indications, les avantages et les inconvénients.

Avant d'entrer plus avant dans l'étude de notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir enfin témoigner à nos maîtres les plus chers, en même temps que notre sincère gratitude, l'expression de notre plus profond respect.

M. le professeur Fochier, après avoir donné à notre frère, le docteur Jamin, des marques sans nombre d'une inaltérable sympathie, a bien voulu étendre sa bienveillance jusqu'à nous, en acceptant la présidence de notre thèse. Nous saisissons avec empressement l'occasion qu'il nous donne de lui dire, avec quel intérêt nous avons, pendant deux trop courtes années, suivi ses attachantes leçons. Ce n'est pas seulement la science obstétricale si réfléchie et si raisonnée qu'il nous a enseignée, c'est l'amour des malades et le respect de la femme enceinte qu'il a su nous inculquer, en nous montrant par des exemples personnels et frappants, le rôle considérable que l'accoucheur peut et doit jouer dans la société. Puisse nous mettre à profit dans le cours de notre carrière son précieux enseignement et suivre auprès des malades le glorieux exemple de notre savant maître.

Ce n'est pas non plus sans une profonde émotion que nous évoquons ici le souvenir de notre ancien

maître, M. le chirurgien major Levrat, dont la mort prématurée a enlevé à ses élèves un ami d'un dévouement sans égal et d'une inépuisable bonté. Sous son écorce un peu rude, nous avons pu apprécier ce qu'il cachait de grandeur d'âme et de loyauté; c'est un grand honneur pour nous d'avoir été son externe et nous garderons de ce maître vénéré le plus pieux souvenir.

Nous avons eu la bonne fortune de passer trois mois comme externe dans le service de M. Cobrat, où nous avons appris déjà avec quelle délicatesse et quelle patience il faut examiner et soigner les enfants, lorsque pour compléter notre éducation sur la médecine infantile, nous choisîmes le service de la diphtérie et des fièvres éruptives, que dirige avec tant d'autorité et de courage M. le docteur Rabot. A ce moment, la sérothérapie battait son plein et nous avons pu nous rendre un compte exact de la valeur de cette méthode. Grâce à l'extrême complaisance de M. Rabot, nous avons eu le plaisir de faire quelques intubations laryngées et de nous familiariser un peu avec cette opération non sanglante infiniment supérieure à la trachéotomie. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

Dès le début de nos études nous avons été accueilli par M. le docteur Tournier avec une amabilité si grande, qu'il nous a été aussi agréable qu'utile de suivre les excellentes leçons qu'il a faites dans le service de M. le professeur Lépine, en qualité de moniteur et de chef de clinique. Nous avons souvent mis à contribution sa vaste expérience clinique et

nous lui adressons l'assurance de notre meilleure affection.

Nous n'aurions garde d'oublier la sœur Chomard qui nous a prodigué pendant notre séjour à la clinique d'accouchements tant de bienveillance. Imbue des principes du maître et armée d'une expérience obstétricale consommée, elle aussi, a su nous inspirer l'amour de cette science mathématique, qu'elle possède personnellement à un si haut degré. Nous la remercions mille fois des bonnes leçons qu'elle a bien voulu nous donner.

Parmi toutes les dettes de reconnaissance que nous avons contractées pendant le cours de nos études, il en est une que nous ne pourrions jamais acquitter ; notre frère, le docteur Jamin ⁽¹⁾, ex-chef de clinique d'accouchements, nous a suivi pas à pas, tantôt nous donnant l'expression juste de la vérité, tantôt réformant en nous les conceptions plus ou moins faussées que nous pouvions nous faire des problèmes si difficiles de la médecine.

Qu'il veuille bien croire à notre éternelle reconnaissance et à notre plus profond dévouement.

(1) Les exigences de la clientèle n'ont pas permis au docteur A. Jamin de nous accorder la collaboration sur laquelle nous comptions, pour traiter une question aussi délicate, nous tenons à déclarer que les imperfections de notre modeste travail ne doivent être imputées qu'à nous seul.

DE LA

POSITION GENU-PECTORALE

EN

OBSTÉTRIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Lorsqu'il y a un an environ, nous avons entrepris l'étude de la position genu-pectorale, nous avons eu la conviction de trouver dans les nombreux auteurs que nous avons à parcourir, des exemples intéressants qu'il serait utile de joindre aux observations que nous avons recueillies à la clinique de M. le professeur Fochier.

Nous n'avons pas été trop déçu dans nos espéran-

ces, car nous avons pu puiser dans l'antiquité, le moyen âge et les temps modernes, une série de faits, qui prouvent une fois de plus, combien souvent on a tort de négliger les moyens les plus simples et les plus efficaces, pour faire accomplir à la mécanique artificielle ce dont la nature vient quelquefois si facilement à bout. Nous allons, en effet, dans ce chapitre d'histoire exposer de nombreux exemples, pris chez les peuples de tout âge et de tout pays, qui nous permettent de dire que la position genupectorale a été utilisée depuis qu'il y a des femmes en travail.

Nous avons constaté également qu'aucun auteur n'a essayé de montrer comment agit cette position et par quel mécanisme le travail arrêté momentanément peut, grâce à elle, reprendre son cours normal ; c'est cette lacune que nous essaierons de combler dans notre chapitre clinique.

Plusieurs auteurs se sont occupés de la question de la posture de la femme pendant le travail, et nous empruntons les principaux documents de notre histoire à Rigby, Victor Legros, Henri Ploss, Goodell, Witkowski, et Engelman, dont l'ouvrage a été traduit par Rodet.

Avant l'essai historique d'Engelman quelques accoucheurs, entre autres Schutz et Cohen, avaient déjà essayé de déterminer la position naturelle de la femme en travail, d'après l'étude des postures que prenaient des filles malheureuses qui accouchaient en secret. Nœgelé poursuivait le même but, en observant secrètement les mouvements que faisaient des filles inex-

périmentées, qu'on laissait seules, pendant la période des douleurs, dans une chambre où se trouvaient un lit, une chaise, un canapé et une chaise obstétricale; elles finissaient toujours par accoucher sur un lit et dans le décubitus.

Rigby ⁽¹⁾ est le premier qui se soit écarté de la voie suivie par ses devanciers, en cherchant à déterminer la position naturelle des femmes en travail, d'après ses recherches historiques et ethnologiques. Il arrive à cette conclusion, que ce sont des circonstances purement accidentelles qui déterminent la position des femmes qui accouchent sans être assistées.

Le travail le plus récent et le plus complet sur ce sujet est celui de Ploss ⁽²⁾ qui décrit sept positions :

1° Couchée ; 2° assise ; 3° debout ; 4° à genoux ; 5° accroupie ; 6° la femme étant balancée ; 7° la femme étant suspendue toute droite.

En 1870 Ludwig ⁽³⁾ d'après des idées tout à fait théoriques, préconise les positions à genoux et accroupie en s'appuyant sur ce qui se passait chez les peuples sauvages qui prenaient instinctivement ces positions.

A Rodet et Engelman ⁽⁴⁾ revient le mérite d'avoir

(1) Rigby. *Medical Times and Gazette* 1857, t. XV, p. 345.

(2) Ploss. *Ueber die Lage und Stellung der Frau 1872, während der Geburt bei verschiedenen Völkern*, Leipsick 1872.

(3) Ludwig. *Warum lässt man die Frauen in den Rückenlage gebären*, Breslau, 1870.

(4) Rodet et Engelman. *La pratique des accouchements chez les peuples primitifs*.

donné un aperçu à peu près complet des positions prises par les femmes chez les différents peuples anciens et les races sauvages d'aujourd'hui. Ces auteurs classent les positions selon l'inclinaison de l'axe du corps en perpendiculaires, inclinées et horizontales ou couchées.

Nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé, en entrant plus avant dans l'étude de la classification des différentes postures. Nous nous contenterons de faire remarquer, que la position genu-pectorale doit être rapprochée au point de vue mécanique c'est-à-dire au point de vue de son influence sur la marche du travail, des positions accroupies et inclinées en avant.

Ces postures ont été prises dès la plus haute antiquité.

La plupart des auteurs qui traitent de ce sujet, ne manquent jamais de citer l'accouchement de Latone. Legros ⁽¹⁾ le décrit de la façon suivante :

« Latone mit au monde Apollon et Diane dans l'île de Délos, sur un aride rocher et sous un arbre touffu ; on prétend que cet arbre était un palmier. Les peintres nous représentent l'amante de Jupiter, cramponnée contre le palmier, pendant le travail. Ce triste et humide roc, verdi par les flots de la mer Egée et que le trident de Neptune avait fait jaillir pour la circonstance ; voilà le lit de misère de l'in-

(1) Victor Legros. De la position de la femme pendant l'accouchement (Gazette des hop. Paris, 1864 XXXVII, p. 433).

fortunée Latone, que poursuivait la vengeance implacable de Junon ; les Algues marines, voilà le berceau, de ces deux enfants jumeaux, que l'antiquité païenne honora tour à tour, par des temples magnifiques, par des prières ferventes et par des chants séculaires ».

Cette description nous montre bien, déjà, Latone à genoux, se tenant à un palmier pour pouvoir incliner plus ou moins l'axe du corps pendant les douleurs.

Les femmes de l'Hellade primitive semblent avoir souvent accouché à genoux, le corps incliné en avant, à la façon dont l'hymne homérique, à Apollon Délien, nous représente Lété. Plus tard, cette attitude fut réservée surtout aux femmes obèses ; mais dans les cas ordinaires, les Grecques prenaient la position horizontale sur un lit. Moschion recommande seulement à la sage-femme de ne pas se placer en face de la parturiente de crainte d'alarmer sa pudeur ce qui pourrait « fermer les passages ».

A Rome, on suivait les mêmes préceptes qu'à Athènes ; d'après les textes et les monuments, les Romaines semblent avoir surtout accouché au lit dans une attitude analogue à celle qu'elles prenaient pour se mettre à table, la partie supérieure du corps incliné. Dans certains cas, elles se plaçaient, comme les Grecques, sur les genoux et les coudes.

« Si la difficulté, dit Soranus d'Ephèse, provient de l'excavation des lombes, il faudra placer la parturiente sur les genoux pour que l'utérus se dirigeant vers l'hypogastre prenne une position meilleure ; on

mettra dans la même posture les femmes grasses et charnues. »

La posture genu-pectorale semble donc avoir été préconisée autrefois par les plus habiles accoucheurs pour les personnes robustes.

Soranus, puis l'arabe Sahiah Ebu Sérapion et Rhazès, qui vivaient dans la première moitié du IX^e siècle, conseillent également la position genu-pectorale.

Il en fut de même plus tard en Allemagne et Roesslin ⁽¹⁾ nous dit que la même recommandation se trouve adressée aux femmes grasses dans les œuvres d'Hippocrate ⁽²⁾, de Galien ⁽³⁾, de Paul d'Egine ⁽⁴⁾, d'Aetius ⁽⁵⁾.

Mais, sans remonter si loin, on trouve encore en Russie, en Grèce, en Turquie, des femmes qui accouchent de cette façon.

En 1779 Hopkins ⁽⁶⁾ combattait la posture latérale et recommandait la position à « quatre pattes » comme la meilleure.

Deuman ⁽⁷⁾ prétendait que cette posture est celle que prennent instinctivement les femmes qui accouchent sans aide.

(1) Roesslin. Loc. cit. p. 675.

(2) Hippocrate, Œuvres, trad. Littré, Paris, 1861.

(3) Galien, Œuvres, trad. Daremberg, Paris, 1857.

(4) Paul d'Egine. Livre III, chap. LXII, p. 76.

(5) Aetius. De conceptus et partus ratione, chap. XXII.

(6) Hopkins. The accoucheur's, vade mecum.

(7) Deuman. Archives of midwifery, Londres, 1792.

En 1791, un observateur sagace, Charles White ⁽¹⁾, citait Deuman en l'approuvant et ajoutait cet argument « que la position genu-cubitale, dans le travail naturel, empêchait le périnée d'être soumis à une trop grande pression.

D'après Ramsbotham ⁽²⁾, « les paysannes Irlandaises se placent d'elles-mêmes à « quatre pattes » et dans le comté de Cornouailles, on a beaucoup de peine à empêcher les femmes de prendre une autre posture que celle debout ou à genoux ».

Rodet raconte le récit suivant qui lui a été fait par un médecin de marine : « assistant un jour une femme du pays de Galles, celle-ci voulait à toute force se mettre à quatre pattes, à mesure que le travail avançait, et elle lui apprit que dans son pays les femmes accouchaient souvent dans cette posture ou bien assises sur les genoux de leur mari ».

Les femmes Irlandaises, habitant l'Amérique, accouchent souvent à quatre pattes comme cela se fait dans leur patrie d'Europe.

Les Cheyennes et les Arrapahos qui prennent d'habitude le décubitus dorsal, changent de position quand le travail se prolonge et adoptent fréquemment la posture genu-pectorale pour accélérer le travail.

Chez les Nez-Percés et les Gros-Ventres les femmes, qui accouchent ordinairement dans une position

(1) White. Management of pregnant lying in women, London, 1791.

(2) Ramsbotham. 2 édition, p. 122.

inclinée, prennent, quand le travail se prolonge, la position genu-cubitale et s'entourent l'abdomen d'une large ceinture à l'aide de laquelle les aides placées de chaque côté exercent des pressions en bas et en arrière, pendant chaque douleur. Cette ceinture porte souvent le nom de *squaw-belt* (ceinture de femme).

Les Gros-Ventres se servent de la « *squaw-belt* » tandis que les Creeks exercent la même pression avec un oreiller et les Kootenais en faisant entourer le corps de la patiente avec les bras d'un aide. Chez ces derniers, le travail est dirigé d'une façon particulière : la parturiente prend la position genu-pectorale, elle se place sur les genoux, la face touchant la terre, les mains l'une sur l'autre cramponnées à un bâton piqué en terre, la tête contre les mains, les jambes écartées. Un aide mâle se tient à califourchon derrière la patiente, contre et au-dessus des fesses, les bras passés autour de la taille et à chaque douleur il presse sur l'abdomen.

Engelman cite le cas d'une jeune fille ayant accouchée à genoux par terre, les bras appuyés sur une petite chaise à bascule. Comme on lui demandait ce qui l'avait engagée à prendre cette posture, elle répondit que dans un premier accouchement, quatre ans auparavant, la sage-femme l'avait obligée à rester au lit, sans lui permettre de se lever, bien qu'elle pût le faire ; les douleurs étaient de moins en moins fortes, mais la sage-femme la menaçait de l'attacher dans son lit, si elle ne restait pas tranquille. Le travail dura dix-huit heures et comme elle était très incommodée, elle désobéit à la sage-

femme et quitta son lit, les douleurs augmentèrent immédiatement, elle s'agenouilla par terre, la face appuyée sur les genoux de sa maîtresse et au bout de cinq minutes, elle donnait naissance à l'enfant. Elle avoua qu'en voyant entrer le docteur, que la sage-femme avait demandé, elle n'avait qu'une frayeur, c'est qu'il la fit changer de position.

Les Modocs accouchent toujours dans cette position ; leur méthode est aussi singulière qu'instructive et digne d'être étudiée avec soin ; elles gardent une posture courbée se couchant sur le côté presque jusqu'à la fin du travail ; alors elles prennent la posture à « quatre pattes » jusqu'à ce que l'enfant soit expulsé. Il est évident que l'expérience leur a appris qu'en prenant différentes positions selon les diverses périodes du travail on en accélère la marche tout en diminuant les douleurs.

Dans les cas ordinaires, les Creeks prennent une posture que l'on pourrait appeler genu-pectorale exagérée ; elles accouchent couchées sur la face et la poitrine.

Chez les Ouolofs, tribu du Sénégal, la femme est agenouillée sur une natte, la tête reposant sur les bras, les reins courbés, la partie postérieure du corps relevée.

Rodet raconte également l'accouchement d'une négresse de la façon suivante :

« Le médecin appelé en toute hâte trouva la patiente à genoux sur un paillason placé à terre, la tête et les coudes appuyés sur le siège d'une chaise à bascule, les cuisses perpendiculaires et le

corps presque horizontal. La tête venait d'être expulsée mais les épaules avaient de la difficulté à sortir. Observant la patiente pendant quelques instants ce médecin remarqua que pendant les douleurs le corps se repliait en arrière, de sorte que les fesses pouvaient se reposer sur les talons, tandis que dans l'intervalle elle se glissait en avant, alors que les cuisses redevenaient perpendiculaires et le corps horizontal.

« Précédemment, elle avait accouchée dans une position analogue, appuyant la tête et les bras sur les genoux de sa maîtresse, comme les femmes de la tribu Umpqua, dans l'Orégon. »

Il poursuit en donnant les détails suivants tellement pittoresques que nous les lui empruntons encore :

« La patiente se trouve dans une case construite grossièrement avec des débris de bois, tout l'intérieur est tellement rempli d'hommes et de femmes, qu'il est impossible de ne pas suffoquer, surtout lorsqu'on sent l'odeur inénarrable qui se dégage de tous ces corps en sueur, mélangée à la fumée et à l'odeur infecte de l'huile de baleine; aussi ne peut-on rester dans ce milieu plus de quelques instants. La parturiente, placée au milieu, est entièrement nue, à l'exception d'une vieille couverture sale qui lui entoure les reins. Elle s'appuie la tête et les épaules sur les genoux d'une vieille femme, tandis que de chaque côté se trouve un aide qui, les poings fermés, se charge de refouler l'utérus en bas, d'une façon assez brutale; une autre femme assise entre :

lès genoux de la patiente, les mains passées sous la couverture, s'apprête à recevoir l'enfant. Mais la foule qui se trouve dans la hutte ne reste pas inactive, pendant tout ce temps, hommes et femmes font un bruit assourdissant, crient, poussent des exclamations, frappent sur des plats d'étain et cognent contre les parois avec des bâtons ; quelquefois l'aide placé vers les côtés de la patiente lui fait des passes magnétiques et lui envoie des pulvérisations d'eau comme le font les blanchisseurs en Chine.

Cette coutume est très en vogue chez beaucoup de tribus indiennes ; la parturiente prend une posture à genoux, s'appuyant la tête et les bras sur les genoux d'une aide ou sur un support convenable, tel qu'un tronc d'arbre, un coffre, un lit, une chaise, etc. Telles sont les tribus de l'Agence Quapaw, les Peorias, les Shawnees, les Wyandots, les Ottawas et les Senecas.

Nous pourrions multiplier encore les exemples, mais nous en avons suffisamment donnés, pour montrer que la position genu-pectorale a été prise naturellement par plusieurs peuplades sauvages.

L'instinct et l'expérience leur ont appris que par un changement de position, le travail peut être hâté ou retardé et inconsciemment ils changent la direction de l'axe du corps, de façon à accélérer le travail, autant que cela se peut, sans nuire à la mère, ni à l'enfant.

Toutes les postures inclinées, surtout celles à genoux et accroupie, suspendue à une corde, permet-

tent de modifier très rapidement la direction de l'axe du bassin.

Les auteurs contemporains semblent avoir négligé presque complètement l'étude des différentes positions en obstétrique et surtout de l'influence que les changements de position peuvent avoir sur le mécanisme. Quelques-uns cependant signalent la position genu-pectorale.

Hodge ⁽¹⁾ ne connaît que les positions anglaise et française, sur le dos et le côté.

Playfair ⁽²⁾ dans « the science and practice of midwifery » préconise la position genu-pectorale dans le prolapsus du cordon et il dit que dans ce cas la malade étant inclinée en avant, la paroi antérieure de l'utérus forme un plan incliné sur lequel le cordon glisse par son propre poids.

D'après Millot ⁽³⁾, la femme peut accoucher debout, assise ou couchée, ou bien dans la position dite à « quatre pattes ; celle que l'on adopte généralement et qui semble la plus naturelle est le décubitus dorsale.

Kilian n'accorde aucune préférence à toutes ces positions et s'en réfère aux habitudes du pays et à la volonté de la parturiente.

M. le professeur Rizzoli ⁽⁴⁾ a eu la chance de voir terminer un accouchement qui traînait en longueur

(1) Hodge. Position de la femme au moment de l'accouchement.

(2) Playfair. 1 volume, p. 330, 334, 397, 339.

(3) Millot. De l'obstétrique en Italie, 1882, p. 192.

(4) Rizzoli. Bullet. scien. méd., 1867, chap. III, p. 486.

et était pénible, le fœtus étant en occipito postérieure, en plaçant la femme sur les genoux et les coudes. Cette position est réservée par bien des accoucheurs italiens aux versions difficiles; Nœgelé et Greuser (1) dans leur traité pratique de l'art des accouchements la conseillent également dans les mêmes cas.

M. le professeur Pastorello combat cette posture qu'il trouve inconmode, indécente et même contraire à la marche régulière de l'accouchement et qui n'offre pas d'avantages spéciaux. Il nous est facile de réfuter cette question de décence pour la malade: une femme qui accouche ne demande qu'à être débarrassée le plus vite possible et nous n'avons jamais eu à la clinique la moindre difficulté pour faire prendre aux malades la position genu-pectorale.

Nous verrons d'autres part dans nos observations que la position est si peu inconmode et contraire à la marche du travail, que les malades demandent à rester à « quatre pattes » et que la plupart du temps la période d'expulsion est notablement abrégée.

Verrier (2) donne, dans un article publié dans les archives de tocologie, une classification des postures obstétricales prises par les différents peuples, mais il ne donne aucune notion sur les modifications du

(1) Nœgelé et Greuser. Traité pratique de l'art des accouchements, p. 286.

(2) Verrier. Classification des positions obstétricales prises par les différents peuples (bull. soc. obstétric. and gynécol., 1886 chap. 1, p 134, 44.)

mécanisme, inhérentes aux changements de position. Il ramène à cinq classes ces différentes postures :

1° Posture, perpendiculaire ou droite, qui comprend la position debout et ses variétés et la position à genoux verticalement ;

2° Posture inclinée en avant, qui comprend les positions à genoux, inclinées avec leurs différents degrés et la posture accroupie ;

3° Posture inclinée en arrière, comprenant aussi des positions à genoux, demi-couchées, soit sur un soutien inerte, soit sur un aide ou un plan incliné sous des angles se rapprochant plus ou moins de l'horizontale.

4° Posture assise, position assise sur la chaise obstétricale, en usage chez les anciens, sur un lit ou à terre.

5° Posture couchée, comprenant les positions horizontales dorsales et latérales employées en Europe et la position abdominale.

King ⁽¹⁾, accoucheur américain, publie dans « The american journal of obstetric » un article intitulé : What is the normal posture for a parturient Woman ; quelle est la position normale que doit prendre une femme en travail. Il conclut ainsi :

1° Il n'y a aucune position qui puisse être normale pour la femme qui accouche.

(1) King. What is the normal position in obstetric of partury women (American journal obst. 1880).

2° Le maintien prolongé de la même posture épuise les forces de l'utérus, fait obstacle au mécanisme normal et augmente la durée et l'intensité des souffrances de la malade.

3° Les résultats directement opposés sont obtenus par des changements de posture faits à propos.

4° Les indications de changements de position sont : le désir instinctif de la malade de changer, l'arrêt du travail, l'inquiétude, l'énervement et le désespoir de la malade.

5° Le mécanisme normal, étant encore imparfaitement connu, ainsi que l'influence sur le mécanisme des différentes positions pendant les divers temps de l'accouchement, et dans les différentes présentations, le choix de telle ou telle position pour remplir telle ou telle condition ne peut encore être déterminé sans des études ultérieures.

Voici d'autre part ce que dit Garrigue⁽¹⁾ dans un article intitulé : « The best posture in normal labor », publié dans le *gynecological transactions* de New-York et que nous avons traduit.

« En résumé, avant la rupture de la poche des eaux, il faut faire promener la malade, la faire tenir assise et debout; pendant la descente la faire tenir dans une position demi-couchée; pendant la période d'expulsion, la faire mettre sur le côté gauche; une demi-heure après la délivrance il recommande le

(1) Garrigue. The best posture in the different stages of normal labor (Trans. amér. gyn. soc. 1891. XVI, 188-200).

décubitus dorsal avec la tête basse et les jambes à moitié fléchies. »

Outre les deux positions régulières sur le dos et le côté gauche, la position sur les genoux et accroupie est dans certains cas recommandée par des accoucheurs modernes. Elle est souvent employée par des peuples sauvages ou à moitié civilisés. Elle était recommandée en 1870 dans un article de Von Ludwig ⁽¹⁾ et tandis que Frankel ⁽²⁾ après avoir essayé cette position dans sa clinique de Spiegelberg, fait sur celle-ci un rapport très défavorable, Alt ⁽³⁾ assistant de Schröder ⁽⁴⁾ donne des conclusions absolument contraires sur le même sujet. Schröder lui-même en est presque partisan. King, a trouvé qu'en pliant en arrière les genoux des cadavres, les talons pénétraient dans l'échancrure sciatique et pouvaient servir à faire tourner la tête dans le bassin.

Bien que je n'ai jamais expérimenté cette posture, je serai plutôt porté à croire quelle prédispose aux hémorrhagies et aux syncopes, quelle rend l'usage du stéthoscope très difficile, quelle exclut presque tout moyen de protéger le périnée et prive la patiente du soulagement de l'anesthésie. Cependant dans les cas de descente prolongée, il vaut la peine d'essayer cette position, ainsi que d'autres postures exceptionnelles, telles que la position assise sur les genoux

(1) Von Ludwig Warum last man die Frauen in der Rückenlage gebären.

(2) E. Frankel, Berliner Klinische Wochenschrift, 10 julil. 1871.

(3) Alt. Berliner Klinische Wochenschrift, 1872, n° 3, p. 28.

(4) C. Schröder. Lehrbuch der Geburtshuile, 8te Auflage, Bom, 1877, p. 206.

d'une autre personne, ou appuyée contre un aide, dans une posture droite, inclinée en avant sur une table, ou encore la *position genu-pectorale*, tout autant de positions qui ont été et sont peut-être encore employées (1).

Lüdwig regarde la posture à genoux, le corps penché en avant, comme facilitant l'expulsion et ménageant le périnée. Le soin avec lequel les femmes non civilisées évitent le décubitus dorsal à la fin du travail démontre, selon lui, que c'est la posture qui laisse le plus à désirer dans les cas ordinaires.

Le décubitus dorsal non seulement n'est pas naturel, mais est le plus désavantageux ; c'est la posture qui, plus que toutes les autres annihile l'action de la pesanteur, supprime l'action des muscles abdominaux et laisse le muscle utérin presque sans secours pour effectuer l'expulsion.

Goodell (2) et Campbell, recommandent la position genu-pectorale « knee breast posture » dans le prolapsus de l'ovaire et dans la version. Campbell, qui a obtenu plusieurs succès de cette façon, pense que cette posture relâchant considérablement le contenu de la cavité pelvienne, favorise par cela même la version.

Enfin, dans le premier volume du British médical

(1) Astruc. *Eléments of midwifery*, translated by S. Ryley, London 1766, p. 32.

Bandelocque. *Principes sur l'art des accouchements*, Paris 1821, p. 199.

Samuel. *On parturition* London, 1834, p. 231, Ashwell.

(2) Goodell. *Lessons*, in *gynecology*.

journal de 1890, Ensor ⁽¹⁾ attire l'attention sur ce fait qu'un accouchement fut facilement terminé en plaçant la malade en position genu-pectorale, dans un cas où la tête, une main et un pied se présentaient et dans lequel il ne put terminer tant que la malade fut couchée sur le côté.

Dans le *British médical* de 1893, il rapporte également l'observation suivante :

« Mrs W..., femme très vigoureuse, âgée de 39 ans, ayant eu un enfant sept ans auparavant, et n'ayant jamais été enceinte depuis, se mit en travail au huitième mois de sa grossesse. Je trouvais en arrivant les membranes rompues et une présentation du siège. Le travail marcha d'une façon normale jusqu'à ce que le corps tout entier fut hors des parties génitales, sauf la tête. A ce moment, l'expulsion s'arrêta. Je découvris en touchant, la tête d'un second enfant, occupant le bassin et accrochant celle du premier. La malade étant sur le côté, je compris que je ne pouvais pas, sans de grands efforts, désengrener les fœtus. Les conditions étaient absolument les mêmes que celles que l'on voit dans les planches de Playfair où il montre des têtes accrochées l'une à l'autre.

« Me souvenant alors d'un cas précédent, et aidé de mon assistant, je vis qu'en plaçant la malade en position genu-pectorale, et en permettant ainsi à l'utérus et son contenu de basculer en avant, je pou-

(1) Ensor. The genu-pectoral position in certain unfavorable presentations (*British méd.* 1893, I, 519.

vais refouler sans grands efforts la tête du second fœtus. L'accouchement des deux enfants se termina sans difficultés.

« Je crois que ces deux cas tendent à montrer l'avantage de la position genu-pectorale. Bien qu'elle présente quelque chose d'un peu indélicat, c'est une méthode qui peut être employée avec avantage pour modifier des conditions défavorables au travail, telles que des présentations de la face, ou encore pour faciliter la version. »

William Warren Potter (1) dans un article intitulé : « Posture in relation to obstetrics and gynecology », apprécie ainsi la position genu-pectorale : « Elle est d'un grand secours dans le traitement des maladies des femmes et elle est aussi très employée en obstétrique. Utile dans le prolapsus du cordon, elle aide aussi à désengrener une tête enclavée; on a eu également recours à cette position dans des présentations transversales où l'on n'avait pu réussir avec les autres positions. »

Potter raconte aussi qu'un médecin, de ses amis, a fait une application de forceps avec succès dans la position genu-pectorale, alors qu'il n'avait pu réussir dans la position normale. Il signale aussi l'emploi fréquent de la même position en gynécologie, soit pour réduire des rétroversions, des prolapsus de l'ovaire, soit pour opérer des fistules vésico-vaginales.

(1) William Warren Potter. Posture in relation to obstetrics and gynecology. (Améric. Journal obstétric. XXVI 1892, p. 752).

En somme, nous voyons qu'aucun auteur n'a étudié la position genu-pectorale, au point de vue sous lequel nous allons l'envisager ; elle a été souvent employée dans les mêmes cas que ceux où nous la prescrivons, mais c'est l'instinct et non l'expérience scientifique qui a inspiré la plupart du temps la conduite de la parturiente ; il était donc utile d'étudier ce point particulier du mécanisme du travail.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Les observations que nous publions dans ce chapitre ont été dépouillées de tous les éléments qui ne se rapportent pas directement au mécanisme de l'accouchement; c'est ainsi que pour plus de clarté nous avons volontairement omis l'histoire de la grossesse et les antécédents de la malade.

En général, les parturientes que nous avons observées avaient des bassins normaux, quelques-unes même avaient de grands bassins, avec symphyse haute et fortement inclinée. Celles-ci constituent le

type du bassin où l'occiput a des tendances à buter contre la symphyse et où, par conséquent, il est utile d'employer la position genu-pectorale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Marie R..., 31 ans, journalière. Tertipare.

Entrée à la Maternité le 5 avril 1895.

Débuts des douleurs le 13 avril, à huit heures du soir.

Dilatation complète du col, et rupture des membranes le 14 à sept heures quinze du soir.

Terminaison de l'accouchement à neuf heures cinq du soir.

Présentation en OIGT.

Sept heures quinze.— Les douleurs sont très fortes, longues et rapprochées; la malade est très agitée, car elle souffre depuis longtemps avec une certaine intensité.

La tête est en OIGT, la descente est très lente et on propose à la femme de se laisser aider légèrement avec le forceps qu'elle refuse énergiquement et à plusieurs reprises.

On fait placer la malade dans la position genu-pectorale; elle se trouve soulagée au point qu'elle ne veut plus reprendre le décubitus dorsal, elle reste inactive et ne facilite plus les contractions utérines en poussant volontairement.

On prépare alors le forceps; à la vue de l'instrument déjà connu de la malade, elle se décide à pousser énergiquement tout en restant en position genu-pectorale. Bientôt on voit apparaître la tête et cela à la suite de deux bonnes douleurs.

Le dégagement se fait normalement, la malade ayant repris le décubitus.

L'accouchement est terminé à neuf heures cinq du soir, soit deux heures après la dilatation complète et la rupture de la poche des eaux.

L'enfant pèse.....	3 k. 380
D Occipito frontal.....	11 c. 1/2
Sincipito mentonnier.....	14 cent.
Bipariétal.....	10 cent.
Sous-occipito bregmatique	9 c. 1/2

En somme, cet accouchement s'est terminé sans intervention, alors que l'on était tout décidé à faire une application de forceps, d'autant plus que les deux premiers accouchements avaient duré assez longtemps

et que le second, entre autres, avait nécessité un emploi de forceps.

Grâce au refus de la malade de se laisser endormir, on a pu insister davantage pour lui faire garder la position genu-pectorale et les résultats ont été des plus heureux.

Tout d'abord, la malade a été nettement soulagée, puis, les douleurs qui avaient disparus, reviennent intenses et efficaces, si bien qu'il suffit de deux douleurs pour que le sous-occiput vienne se fixer sous la symphyse.

Nous assistions à cet accouchement et nous avons été frappé de la réelle efficacité de la position genu-pectorale. C'est à cette observation que nous faisons allusion dans notre introduction.

OBSERVATION II

C. M., secondipare.

Entrée le 10 janvier 1896 à la clinique.

Débuts des douleurs le 25 janvier, à huit heures du matin.

Dilatation complète le 25 janvier, à une heure du soir.

Rupture des membranes le 25 janvier, à une heure du soir.

Présentation OIGA.

Les contractions utérines sont énergiques et nettement expulsives, aussi est-on étonné de voir la tête arrêtée et immobile, alors que la rotation est à peu près terminée. L'occiput bute contre la branche ischio-pubienne gauche, ce que l'on peut aisément constater par le toucher.

• La patiente est mise en position genu-pectorale, deux bonnes douleurs suffisent à décrocher l'occiput, le périnée se distend en effet, l'anus baille. Enfin, la tête apparaît, progresse facilement et le sous-occiput se fixe sous l'arcade pubienne.

On voit bientôt le sinciput, puis le front se dégager facilement (face en haut). Une fois la tête hors de la vulve, on fait reprendre le décubitus dorsal à la malade pour terminer le dégagement. Il a suffi de quelques minutes pour que ce mouvement de glissement, de l'occiput, puis de dégagement, se produise.

En résumé, présentation en OIGA, arrêt de l'occiput sur la branche ischio-pubienne gauche, position genu-pectorale, hâtant d'une façon évidente la terminaison de l'accouchement.

Symphyse. 6 cent. de hauteur.

Enfant 3 k. 200

Bassin légèrement rétréci à gauche.

OBSERVATION III

E. P., dévideuse, 17 ans.

Entrée à la clinique de M. le professeur Fochier, le 13 mai, à huit heures du matin.

Débuts des douleurs le 13 mai à six heures du matin.

Dilatation complète à trois heures du soir.

A ce moment, la poche des eaux se rompt.

Présentation OIGT.

La descente se fait normalement, puis la tête cesse de progresser.

A quatre heures et demie, la parturiente prend la position genu-pectorale, les douleurs se raniment, la malade se trouve bien dans cette nouvelle attitude et à quatre heures cinquante-cinq elle accouche d'une fille bien portante.

Poids de l'enfant.....	2 k. 320
D Occipito frontal.....	11 cent.
Sincipito mentonnier..	14 cent.
Bipariétal.....	9.5
Sous occip.bregmatique	8.5

Il ressort de l'analyse de cette observation un soulagement notable de la malade et une période d'expulsion probablement écourtée par l'emploi de la position genu-pectorale.

OBSERVATION IV

Fanny C., 20 ans, dévideuse.

Primipare.

Entrée le 18 avril à la clinique, dix heures du soir.

Débuts des douleurs dans la journée du 18 avril.

Rupture des membranes le 18, à onze heures du soir.

Dilatation complète le 19, à six heures du matin.

Terminaison de l'accouchement à sept heures.

Présentation OI DP.

A six heures, la tête a fait sa rotation, la fontanelle postérieure est derrière les pubis ; les douleurs sont assez efficaces, la malade fait de nombreux efforts et la tête commence à apparaître à la vulve. Le périnée postérieur ne bombe pas, le périnée antérieur est court, le vagin granuleux.

On fait prendre à la malade la position genu-pectorale. Après de nombreux mouvements de va-et-vient, le sous-occiput se fixe sous la symphyse et le dégagement se fait facilement dans cette position.

Poids de l'enfant.....	2 k. 950
D Occipito frontal.....	12 cent.
Sincipito mentonnier....	15 cent.
Bipariétal.....	9 cent.
Sous-occip. bregmatique.	9 cent.

Cette observation prouve non seulement que la position genu-pectorale a décroché l'occiput, mais

qu'elle a permis de faire facilement le dégagement sans déchirure du périnée, bien que celui-ci fût court et que le vagin fût granuleux, tout autant de conditions prédisposant aux déchirures périnéales.

OBSERVATION V

Anne-Marie G..., 28 ans, terti-pare.

Entrée le 7 juin à la clinique d'accouchements.

Débuts des douleurs le 11 juin, à sept heures du soir.

Dilatation complète et rupture artificielle de la poche le 12 juin à six heures et demie du matin.

Terminaison de l'accouchement à huit heures du matin.

Présentation, OIGT.

A onze heures du soir, la dilatation est à trois francs. La malade a des douleurs toute la nuit.

A six heures, la dilatation est complète et comme la malade a eu une hémorrhagie, on rompt la poche des eaux. La malade se met à pousser énergiquement, puis la tête s'arrête; les douleurs cessent.

On met la malade en position genu pectorale en l'excitant à pousser, mais sans succès. La sœur Chomard fait avec le forceps une légère traction pour achever la descente. Aussitôt les douleurs se réveillent et l'accouchement se termine spontanément.

Poids de l'enfant.....	3 k. 700
D Occipito frontal.....	12 cent.
Sincipito mentonnier...	14.5
Bipariétal.....	8.5
Sous-occip. bregmatique	10 cent.
Bassin aplati à promontoire bas.	

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue et d'abord on a tardé un peu de rompre la poche, ce qui a occasionné un décollement placentaire et une hémorrhagie. En second lieu, il semble bien que l'on n'ait pas laissé assez longtemps la malade en position genu-pectorale ce qui probablement eut réveillé des douleurs suffisamment efficaces pour effectuer la descente, qu'une légère traction avec le forceps a accompli facilement.

OBSERVATION VI

M. T..., VI pare.

Entrée le 26 janvier à la clinique.

Débuts des douleurs le 25 janvier, à deux heures du matin.

Dilatation complète le 26 janvier, à quatre heures du soir.

Rupture des membranes le 26 janvier, à quatre heures quinze du soir.

La malade a donc été prise de douleurs le 25 janvier, à deux heures du matin.

A l'entrée à la salle des douleurs, à une heure et demie du soir, le col est dilaté à deux centimètres.

La tête se présente en OI DP, les douleurs sont régulières, fréquentes et intenses.

A quatre heures, la dilatation était complète et la tête est en OI DT fléchie. Les douleurs sont alors expulsives et toujours très fortes.

A quatre heures quinze, la poche des eaux se rompt spontanément, la rotation interne est achevée depuis un instant et on constate que la tête est arrêtée, l'occiput bute contre la symphyse et les douleurs diminuent de fréquence et d'intensité. Comme d'autre part les eaux sont sales et d'une odeur fétide, on met la malade en position genu-pectorale; les douleurs redeviennent efficaces, la tête est expulsée d'une seule poussée hors de la vulve, sans qu'il y ait toutefois déchirure du périnée

L'accouchement est terminé dans le décubitus dorsal.

	Symphyse.....	haute.
	Enfant.....	3 k. 200
D	Occipito frontal.....	11.5
	Sincipito mentonnier....	13 cent.
	Bipariétal.....	9.5
	Sous-occip. bregmatique	9.5

Dans cette observation on voit nettement par la rapidité, la brusquerie même, avec laquelle la tête a progressé, après avoir été arrêtée, qu'il s'est produit

une sorte de déclanchement qui a remis le travail en train et par suite a permis la terminaison du mouvement de progression.

OBSERVATION VII

P. J..., secondipare, dévideuse, 38 ans.

Entrée à la clinique le 10 juin, à quatre heures du matin.

Débuts des douleurs le 9 juin, à dix heures du soir.

Dilatation complète le 10 juin, à midi.

Rupture des membranes le 10 juin, à cinq heures du matin.

Terminaison de l'accouchement à midi quarante.

Présentation OIGA.

A son entrée à la salle des douleurs, à dix heures du matin, la malade ne peut supporter un palper tant les douleurs sont fortes; elles sont en même temps irrégulières.

A dix heures et demie, le col dilaté à trois centimètres, paraît souple et mince, la tête en OIGA est incomplètement fléchie, de plus il y a un chevauchement déjà très net des pariétaux sur l'occipital.

Les douleurs étant toujours très vives et irrégulières, on fait respirer à la malade un peu de chloroforme qui la soulage tout en régularisant les douleurs.

A midi, la tête descend, complète sa flexion, le chevauchement s'accroît, la bosse sanguine volumineuse, indique que la tête est serrée, les douleurs sont expulsives et violentes.

A midi vingt-cinq, la bosse sanguine apparaît à la vulve, il semble que le dégagement soit déjà commencé, mais la protubérance occipitale appuie contre la branche ischio-pubienne gauche. Les douleurs sont toujours très fortes.

On met la malade en position genu-pectorale et à midi quarante le sous-occiput vient se fixer sous l'arcade pubienne. La tête se dégage bientôt après, avec un peu de peine, la commissure postérieure formée de tissu cicatriciel d'une ancienne déchirure, la bride en effet, et se distend mal.

Symphyse.....	N'a pas été mesurée.
Poids de l'enfant.....	2 k. 990
D Occipito frontal.....	11.5
Sincipito mentonnière....	14.5
Bipariétal	9.2
Sous-occipito bregmatique	9 cent.

OBSERVATION VIII

Marie B..., 19 ans, couturière. Primipare.

Entrée à la clinique le 25 mars.

Débuts des douleurs le 7 avril, à dix heures du matin.

Dilatation complète et rupture des membranes à midi trente-cinq du matin le 8 avril.

Terminaison de l'accouchement à deux heures du soir.

Présentation OIDP.

Après avoir eu depuis la veille, à dix heures du matin des douleurs, la malade entre à la salle des douleurs le 8 avril à onze heures du matin; le col est à ce moment dilaté à quatre centimètres; la tête plonge et en OI DT modérément fléchie; il y a un léger suintement sanguin.

A midi et demie, la malade a quelques douleurs expulsives; le suintement sanguin est plus abondant, la dilatation est presque complète; la poche des eaux, très tendue pendant la contraction, est rompue artificiellement à l'aide d'une sonde; la rotation s'achève.

A une heure, le périnée antérieur commence à se distendre à chaque contraction, la tête est encore en OI DA très fléchie.

A partir de ce moment les douleurs diminuent progressivement, puis s'arrêtent; la malade pousse en vain. La protubérance externe se loge contre les pubis et la tête semble arrêtée complètement.

A une heure trente-cinq, on fait prendre à la malade la position genu-pectorale qui réveille les douleurs, car au bout de quinze à vingt minutes, le malade reprend le décubitus dorsal et le dégagement se fait à deux heures d'une façon normale.

Poids de l'enfant.....	3 k. 570
D Occipito frontal.....	10 c. 1/4
Sincipito mentonnier.....	14 c. 1/2
Bipariétal	9 c. 1/4
Sous-occipito bregmatique. .	9 cent.

Il semble bien que dans ce cas, on aurait eu plu-

sieurs raisons pour appliquer un forceps au détroit inférieur ; on avait, en effet, une tête volumineuse, une présentation en droite postérieure, c'est-à-dire un long travail et enfin l'occiput, butant contre la symphyse pendant la période expulsive.

Le forceps était du reste déjà préparé, lorsqu'on a fait prendre à la malade la position genu-pectorale qui a facilité nettement le dégagement.

OBSERVATION IX

L. C..., 24 ans, couturière, secondipare. Entrée le 25 avril à la clinique de l'accouchement.

Débuts des douleurs à huit heures du matin.

Dilatation complète et rupture des membranes à quatre heures quarante-cinq.

Présentation OIGA.

Terminaison de l'accouchement à cinq heures quarante-cinq. On a mis la malade en position genu-pectorale, elle a été soulagée immédiatement, puis a demandé à reprendre le décubitus dorsal.

La position genu-pectorale a duré trois minutes environ et a semblé faciliter le travail car le dégagement ne s'est pas fait attendre.

Poids de l'enfant.....	3 k. 250
D Occipito frontal	11.5
Sincipito mentonnier..	14 c. 1/4
Bipariétal.....	9 c. 1/4
Sous-occ. bregmatique	9 c. 1/2

OBSERVATION X

M. J..., primipare, 16 ans 1/2. Entrée le 23 mars 1896 à la clinique. Début des douleurs le 22 mars à neuf heures du matin. Dilatation complète le 23 à huit heures du matin. Rupture des membranes le 23 à huit heures du matin.

Présentation OI DP.

Les douleurs sont fortes, irrégulières et se produisant toutes les cinq minutes.

A huit heures, la sœur Chomard constate que la dilatation est complète, et rompt la poche des eaux avec une sonde en métal. Les douleurs se ralentissent pendant trente minutes puis redeviennent fortes et régulières. La tête s'engage et fait sa descente progressivement ; on suit son mouvement de rotation qui s'accomplit en quarante-cinq minutes.

A neuf heures trente, la tête est en occipito-pubienne, les douleurs continuent à avoir la même intensité et cependant la tête semble fixée et immobile, l'occiput bute contre le corps du pubis. L'utérus se contracte avec énergie sans résultat, le

périnée est intact. Comme les bruits du cœur faiblissent, on fait mettre la malade dans la position genu-pectorale à dix heures.

A la deuxième douleur, le périnée se distend, l'anus baille la vulve, entr'ouverte, laisse apercevoir la tête sur une surface de quatre centimètres de hauteur et deux centimètres de largeur.

Les douleurs qui avaient peu à peu faibli deviennent de plus en plus efficaces, l'occiput glisse progressivement si bien qu'à la cinquième douleur on voit le sous-occiput se fixer sous l'arcade et le dégagement s'opérer avec une surprenante rapidité, la face en haut car on n'a pas le temps de faire reprendre à la patiente le décubitus dorsal. Le dégagement des épaules présentant quelques difficultés dans la position genu-pectorale, on fait coucher la malade en ayant soin de maintenir la tête pour éviter une expulsion brusque du tronc.

Bassin grand.

Poids de l'enfant 2 k. 620

Symphyse 6 cent. de haut.

L'accouchement se termine à dix heures trente.

Comme en général dans les grands bassins, la tête a fait sa descente et sa rotation très rapidement, puis l'occiput a buté contre la symphyse et s'est arrêté pendant quarante-cinq minutes. Aussitôt que la malade est inclinée en avant on voit se produire des douleurs tellement utiles que trente minutes après, l'accouchement est terminé. Cette observation présente donc à la fois le type de bassin où notre position rend de réels services et un remar-

quable exemple de son efficacité. Dans ce cas également le dégagement s'est fait facilement sans changer de position.

OBSERVATION XI

M. D..., lingère, 23 ans, primipare. Entrée à la clinique le 9 mai.

Débuts des douleurs le 8 mai, à huit heures du soir.

Dilatation complète et rupture des membranes à dix heures vingt du matin, le 9 mai.

Terminaison de l'accouchement à une heure dix. Présentation en OIGA.

A huit heures du matin, le 9 mai, le col est dilaté à deux centimètres, la poche des eaux est intacte, les douleurs reviennent toutes les cinq minutes.

La malade entre à la salle des douleurs à dix heures ; elle a à ce moment des douleurs expulsives très intenses.

A dix heures vingt, on rompt artificiellement la poche des eaux, les douleurs continuent à être fortes et régulières. A onze heures la rotation est à peu près terminée, la protubérance bute contre la symphyse, car la tête est en occipito-pubienne.

On fait prendre à la malade la position genu-pectorale à onze heures cinq.

On constate à onze heures vingt-cinq que l'occiput s'est décroché et a franchi la lèvre antérieure du col pincée auparavant.

A chaque douleur le périnée postérieur bombe.

Après être restée un instant dans le décubitus dorsal, la malade reprend la position genu-pectorale, les douleurs continuent et dans l'intervalle des douleurs la malade ne souffre pas du tout. Elle reste ainsi dix minutes, puis se couche sur le dos à midi vingt.

L'accouchement ne se termine qu'à une heure dix.

La symphyse atteint environ six centimètres.

Poids de l'enfant.....	3 k. 450
D. Occipito frontal	12 cent.
Sincipito mentonnière .	9 cent.
Bi-pariétal.....	10 cent.
Sous-occip. bregmatique	10 cent.

L'observation de cette malade semble renfermer l'enseignement suivant : l'expulsion a été assez longue malgré la position genu-pectorale et cela s'explique suffisamment en examinant la longueur des diamètres. La tête en effet est volumineuse, le sous-occipito bregmatique a dix centimètres, d'autre part, la symphyse est haute. Il y avait en pareil cas avantage à faire prendre la position genu-pectorale et dorsale alternativement et plusieurs fois, de façon à faire osciller pour ainsi dire la tête comme dans la méthode de Prague. Ne peut-on pas supposer, en effet, que pendant la position genu-péctorale, et plusieurs observations le prouvent nettement, l'occiput descend d'une certaine longueur. La malade

reprenant le décubitus dorsal, le front descend à son tour d'une certaine quantité et cela en faisant plusieurs fois changer la direction de l'axe de l'utérus, c'est-à-dire la direction de la poussée utérine.

OBSERVATION XII

M. F..., 18 ans.

Le 6 août au matin la malade entre à la clinique et est admise à cinq heures du soir à la salle des douleurs.

Six heures. — La dilatation n'est pas complète. Il reste encore un centimètre de col, la poche des eaux est intacte, la tête se présente en OIGA, légèrement fléchie; le toucher est douloureux. Les douleurs sont localisées dans la région lombaire et paraissent inefficaces.

Sept heures. — La dilatation se fait lentement et progressivement; la poche des eaux est de plus en plus tendue et bombe dans le vagin. Les douleurs se produisent toutes les cinq minutes et avec plus d'intensité sans être encore des douleurs expulsives.

Sept heures dix. — Averti par la malade qui se sent mouillée, nous constatons la rupture de la poche des eaux, la dilatation est complète. Le toucher nous permet également de sentir une tête dure, serrée et engagée dans l'ex-

cavation avec chevauchement des sutures, elle est en OIGA très antérieure et fléchie.

Sept heures vingt-cinq. — A la suite de deux douleurs un peu plus fortes la rotation s'est achevée et la tête se trouve en OP. La protubérance bute contre la symphyse, les douleurs sont faibles et espacées.

Sept heures quarante. — On fait prendre à la malade la position genu-pectorale. Depuis qu'elle est dans cette position, c'est-à-dire quinze minutes, elle est soulagée et les douleurs se produisent environ toutes les soixante-quinze secondes et durent une minute. La tête descend un peu, le périnée postérieur se distend bien, l'anus s'efface à chaque poussée. La distension périnéale paraissant stationnaire, on se décide à faire un forceps. On met la malade en décubitus dorsal, les douleurs redeviennent irrégulières.

Chose remarquable, le périnée antérieur se distend bien maintenant, tandis que le périnée postérieur reste intact.

Enfin le dégagement se fait aux dépens du périnée antérieur qui est très distendu et s'étale sur une hauteur de sept centimètres. Le cercle fibreux vulvaire est très tendu.

A ce moment, la malade se met à pousser avec une extrême violence, on a de la peine à retenir la tête et à fixer le sous-occiput sous l'arcade pubienne.

Le périnée antérieur brusquement surmené cède à cette pression exagérée, et il se produit une déchirure de deux centimètres.

L'enfant pèse.....	3 k. 390
D Occipito frontal.....	11 c. 1/2
Sincipito mentonnier.....	15 cent.
Bipariétal	9 cent.
Sous-occipito bregmatique	9 cent.
Hauteur de la symphyse.	6 cent.

OBSERVATION XIII

Maria B..., 23 ans, domestique, primipare.

OIGP.

A une heure et demie, on met la malade dans la position genu-pectorale, parce qu'elle a des douleurs irrégulières et qu'elle ne pousse plus. A ce moment, la tête est en OIGA.

La malade reste vingt-cinq minutes dans la position genu-pectorale, les douleurs ne semblent augmenter ni en intensité ni en fréquence, elle se trouve bien dans cette position et demande à y rester.

Trente minutes après, on met de nouveau la malade en position genu-pectorale sans résultats, la tête est très serrée à en juger par les chevauchements des os du crâne.

On applique le forceps dans l'excavation et ce n'est qu'en tirant avec une force considérable que l'on parvient à terminer la descente de la tête.

Bassin légèrement rétréci.

Dans ce cas, la position genu-pectorale n'a pas donné de résultats immédiats au point de vue du dégagement; la nécessité de faire un forceps, et sur-

tout de tirer avec une certaine force, nous indique la raison de cet échec. Il n'en est pas moins vrai que la malade a été bien soulagée.

OBSERVATION XIV

Emma M., couturière, primipare.

Entrée à la Maternité le 23 mai, à dix heures du soir.

Débuts des douleurs le 23 mai, à deux heures du soir.

Dilatation complète et rupture des membranes le 24 mai, à neuf heures et demie du matin.

Terminaison de l'accouchement le 24 mai, à dix heures quarante-cinq du matin.

Présentation OIGT.

A sept heures du matin, le col est dilaté à 1 centimètre, la poche des eaux est intacte, la tête est en OIGT défléchie, la malade a des douleurs toutes les trois ou quatre minutes.

A neuf heures et demie, la dilatation est complète. On rompt la poche des eaux, il s'écoule environ deux cents grammes de liquide amniotique teinté de meconium.

La malade a de bonnes douleurs, la tête se fléchit et la rotation se fait, il y a un chevauchement très marqué des pariétaux sur l'occipital.

A dix heures, la tête apparaît et à chaque poussée le

périnée antérieur se dilate, l'anüs baille très légèrement, le périnée postérieur ne bouge pas.

A dix heures et demie, la tête ne progresse plus, la protubérance occipitale bute contre la symphyse, le périnée antérieur menace de se rompre, parce que la tête tend à se défléchir en se dégageant. On place alors la malade en position genu-pectorale et à la troisième douleur la protubérance occipitale est dégagée, le périnée se distend d'une façon normale. On fait reprendre à la malade le décubitus et le dégagement se fait à l'aide de la manœuvre de Ritgen sans déchirures du périnée.

CHAPITRE III

M É C A N I S M E

La position genu-pectorale, son but, ses avantages, ses inconvénients

La position genu-pectorale, telle que nous la comprenons, n'est pas seulement celle où la malade a directement pour points d'appui, sur un plan horizontal, les genoux et la poitrine ; toutes les fois qu'une femme en travail prend une attitude inclinée en avant, accroupie ou à genoux, c'est-à-dire une position où l'axe de l'utérus est incliné en avant, nous disons qu'elle est en attitude genu-pectorale. Le thorax sert en effet de point d'appui directement

ou par l'intermédiaire des membres supérieurs. Le même terme comprendra donc les positions genu-cubitale, genu-palmaire, genu-pectorale et accroupie.

Le but de cette position consiste pour ainsi dire à mettre l'utérus en antéversion de façon à changer la direction de la poussée utérine; qu'importe la position exacte, pourvu que le résultat cherché soit obtenu.

Il est bon souvent de laisser aux malades, meilleurs juges en pareille occurrence, le soin de choisir la position qui leur paraît la plus commode. Les unes se mettent sur les genoux et les coudes, d'autres sur les genoux et les mains, mais le plus grand nombre se placent sur les genoux et les bras en flexion ramenés devant la face comme quelqu'un qui s'endort sur une table, la tête appuyée sur les bras croisés; le deuxième point d'appui se fait donc dans ce cas à la fois sur les bras, la face et la poitrine.

Une fois la malade en position genu-pectorale, il faut savoir attendre et ne pas désespérer trop tôt: en général, quinze minutes suffisent pour donner des résultats; dans certains cas même, il est utile de faire prendre à plusieurs reprises et alternativement, le décubitus dorsal et la position inclinée en avant, nous en verrons plus loin la raison.

La position genu-pectorale est employée:

- 1° Pour lutter contre la procidence du cordon;
- 2° Dans certaines versions difficiles;
- 3° Enfin, et c'est le point que nous étudions spécialement, pour décrocher l'occiput et réveiller les

douleurs à la fin de la période d'expulsion, dans les présentations du sommet.

Parmi les moyens employés pour réduire la procidence du cordon, quelques accoucheurs font prendre à la femme une attitude dans laquelle la partie fœtale tend à s'éloigner du détroit supérieur, de manière qu'elle ne vienne pas appuyer à ce niveau sur le cordon. C'est ainsi qu'Hubert (de Louvain), Ritgen, Thomas (de New-York), font mettre la femme sur le dos ou sur le côté, en lui faisant soulever le siège, de telle sorte que le fond de l'utérus soit le point déclive. Théobald, convaincu des succès qu'on peut obtenir, en cas de procidence du cordon, par l'attitude donnée à la femme, pense que l'idéal serait de faire tenir la parturiente la tête en bas; mais se rendant compte des difficultés pratiques de ce traitement, il se contente de conseiller la position genu-pectorale.

On comprend aisément l'action que peut avoir cette position sur la procidence du cordon, si l'on songe que celle-ci s'est produite par le poids du cordon qui, soit qu'il y ait eu défaut d'adaptation, soit qu'une grande quantité de liquide amniotique l'ait entraîné, a trouvé un passage ouvert entre la présentation et le détroit supérieur.

Il est donc logique de combattre ce phénomène qui est un pur effet de la pesanteur, en faisant changer la direction de l'utérus de façon à ce que l'ouverture cervicale se trouve en haut, au lieu d'être à la partie la plus déclive. De là, la nécessité de faire prendre une position genu-pectorale en quelque

sorte exagérée, c'est-à-dire le bassin très élevé, la poitrine appuyant sur le même plan que les genoux. De la sorte, comme le fait remarquer Playfair, la paroi antérieure de l'utérus forme un plan incliné, sur lequel le cordon glisse par son propre poids. Cela n'est possible bien entendu qu'autant que la poche des eaux n'est pas rompue.

Plusieurs auteurs, et parmi eux Ensor et William Warren Potter ont également obtenu des succès dans des présentations transversales où la version fut facilitée par la position genu-pectorale. Celle-ci, d'après Campbell, Nægele et Grenser, relâcherait la paroi utérine et abdominale et donnerait plus de place pour le passage de la main de l'opérateur.

Notre intention n'a pas été d'étudier cet avantage particulier de la position genu-pectorale, sur lequel plusieurs auteurs ont déjà insisté, nous croyons devoir simplement le signaler.

Mais où la position genu-pectorale peut rendre d'incontestables services et où son efficacité est la plus évidente, c'est dans les cas analogues à ceux dont nous publions quatorze observations.

En général, le travail a marché d'une façon normale, rien de particulier n'a été signalé du côté du bassin, les douleurs sont régulières et efficaces, la descente se fait progressivement, lorsque, à un moment donné, l'on s'aperçoit que la tête cesse d'avancer; les douleurs vont alors en s'exaspérant, sans donner de meilleurs résultats; puis l'utérus s'épuise, les douleurs se ralentissent, la femme perd courage et ne

fait plus aucun effort, bref on arrive rapidement à une période d'inertie.

Trente minutes, quelquefois une heure d'attente, ne modifient nullement la situation. Si l'on pratique à ce moment le toucher, on constate que l'occiput bute contre la symphyse et qu'il s'est produit un contact tellement intime et prolongé, que la partie foetale s'est engrenée dans la partie maternelle. Il semble que l'occiput va se dégager, il est, en effet, tout près de l'arcade et malgré l'intensité et la fréquence des douleurs, la tête reste au même niveau, fixe et immobile, laissant quelquefois apercevoir à travers la vulve entr'ouverte une surface de plusieurs centimètres carrés.

Si l'on fait prendre la position genu-pectorale, on voit la plupart du temps les douleurs se réveiller, la malade soulagée reprendre courage et pousser avec énergie, tant et si bien que l'occiput descend généralement, à la suite d'une ou deux douleurs; le sous-occiput se fixe et le dégagement s'opère.

Que se passe-t-il donc ? Il est logique de croire que la position genu-pectorale, plaçant l'utérus en antéversion, a changé la direction de la force utérine; l'axe de cette force, au lieu de suivre la direction ordinaire ombilico-coccygienne, est devenue oblique sur cette dernière et s'est dirigée de l'ombilic sur un point du sacrum situé au-dessus du coccyx. Or, cette force en se décomposant a pour effet, d'une part, de faire accomplir à la tête son mouvement de progression, d'autre part, de pousser la tête en arrière, vers le sacrum et, par conséquent, de faire

glisser l'occiput sur les pubis jusqu'à ce que le sous-occiput soit arrivé à se fixer sous l'arcade.

Remarquons qu'à ce moment le fœtus constitue une tige rigide, la tête en flexion étant solidarisée avec le tronc. Or, lorsque la malade est dans le décubitus dorsal et que l'occiput bute contre la symphyse, la poussée utérine s'exerçant trop directement contre celle-ci ne fait qu'accroître de plus en plus l'engrènement; faisons basculer l'utérus et le fœtus en avant, il se produit un mouvement de levier qui fait que la poussée est d'autant moins dirigée contre la symphyse que l'antéversion est plus accusée.

Si la malade, pendant la position genu-pectorale, a des douleurs efficaces et pousse avec tant soit peu d'énergie, l'occiput glisse forcément et, comme le prouvent nos observations, il suffit souvent d'une douleur ou deux pour avoir l'expulsion brusque d'une tête maintenue depuis longtemps immobile contre la symphyse.

Il peut se faire que la position genu-pectorale semble ne pas agir de prime abord, comme cela se voit dans les bassins où la symphyse atteint ou dépasse six centimètres et a une inclinaison exagérée; la descente est alors particulièrement longue, car il ne suffit pas de faire franchir à l'occiput un ou deux millimètres pour permettre au sous-occiput de se fixer. Nous croyons, et nous l'avons observé, qu'il faut, dans ce cas, faire prendre alternativement la position genu-pectorale et le décubitus dorsal trois ou quatre fois en quelques minutes, de façon à faire

accomplir au fœtus une série d'oscillations comme dans la méthode de Prague.

La malade est-elle, par exemple, en position genu-pectorale, l'occiput glissera un peu, plaçons-là de nouveau dans le décubitus, l'occiput va se fixer contre la symphyse pendant que le front descendra à son tour.

Nous aurions pu, à la rigueur, suivre ces mouvements complexes par un toucher prolongé, nous ne l'avons pas fait, par délicatesse pour les malades soumises à notre examen et pour ne pas provoquer des douleurs irrégulières par un toucher trop prolongé, ce qui nous eût jeté dans un cercle vicieux.

Tel est le mécanisme suivant lequel la position genu-pectorale agit à la période expulsive : *elle désengrène l'occiput.*

Elle présente encore d'autres avantages sur lesquels il est utile d'insister. Et d'abord, toutes les malades que nous avons observées ont été notablement soulagées de ces douleurs de reins continues qui les exaspèrent souvent, au point de les conduire à la folie puerpérale.

En général, tout changement de position amène un léger soulagement chez la femme en travail, mais lorsqu'on lui fait prendre une position nettement inclinée en avant, nous croyons que le soulagement est produit par une sorte de décompression momentanée des plexus nerveux situés en arrière de l'utérus.

La femme est soulagée, et cela suffit pour que la position genu-pectorale soit de mise dans certains

cas, quand bien même elle ne faciliterait pas la descente.

La malade reprend courage et, chose remarquable, les douleurs ne tardent pas à se réveiller peu à peu et à redevenir efficaces, peut-être sous l'influence de la compression des centres automoteurs situés en avant, c'est ce que les physiologistes diront peut-être un jour, mais que nous n'aurions garde d'affirmer. Le fait existe, la cause en reste inconnue.

Quelques accoucheurs ont attribué à la position genu-pectorale un rôle de protection pour le périnée, il nous a semblé que le périnée postérieur se dilatait mieux que dans le décubitus. Nous avons pu du reste faire deux dégagements en position genu-pectorale avec la plus grande facilité. De plus, lorsque la tête a son occiput fixé contre la symphyse, elle tend à se dégager en se défléchissant et par conséquent à faire passer, à travers la vulve, une circonférence occipito-frontale, au lieu d'une circonférence sous-occipito bregmatique; la position genu-pectorale, favorisant la flexion, fait éviter au périnée une distension exagérée et joue un rôle de protection.

Malgré les avantages certains, que nous venons de reconnaître à la position genu-pectorale, comme toutes les méthodes chirurgicales, médicales ou obstétricales, elle subit la loi à peu près commune qui veut que chacune ait ses avantages et ses inconvénients. C'est ainsi que certaines femmes nerveuses la supportent difficilement, que d'autres sont tellement épuisées par les douleurs atroces et répétées

qu'elles ont subies, qu'elles ne peuvent plus faire le moindre effort pour se tenir sur les genoux, d'où la nécessité de faire mettre les malades en position genu-pectorale de très bonne heure, avant qu'elles aient atteint cette période d'inertie à laquelle on ne peut mettre fin qu'en intervenant avec le forceps.

En somme, les bénéfices que l'on peut retirer d'une méthode aussi simple sont suffisamment importants pour l'employer d'une façon beaucoup plus systématique qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

CONCLUSIONS

- 1° La position genu-pectorale peut faciliter la réduction du cordon procident.
- 2° La position genu-pectorale peut rendre possibles les manœuvres dans certains cas de versions difficiles.
- 3° La position genu-pectorale réveille d'une façon très nette les douleurs et les contractions utérines, probablement en excitant les centres automoteurs qui sont en avant.
- 4° Elle fait désengrener l'occiput qui bute contre la symphyse et permet à la descente de se compléter plus rapidement.
- 5° Elle contribue à protéger le périnée en évitant la déflexion qui se produit lorsque l'occiput est arrêté et qui fait passer une circonférence occipito-frontale au lieu d'une circonférence sous-occipito-bregmatique.

- 6° Elle soulage notablement les malades, en faisant cesser pour un instant la compression des troncs et des plexus nerveux, écrasés en arrière par l'utérus, celui-ci faisant au moment des contractions surtout, l'office d'un corps dur, contusionnant pour ainsi dire les tissus sous-jacents.
- 7° Enfin, et c'est une conséquence des avantages précédemment énumérés, la position genu-pectorale peut dispenser, dans un grand nombre de cas, d'appliquer le forceps au bas de l'excavation et, partant, fait éviter à la malade des souffrances et des chances d'infection inutiles.
-

BIBLIOGRAPHIE

- LECLERC. — Une mission médicale en Kabylie, 1846.
- RODET. — Mœurs obstétricales de l'Océanie.
- SMITH. — On the position of the parturient woman (Boston M. et S. J. 1844 lx II 441-461).
- OSSIEUR. — De la position sur les genoux et les coudes considérée au point de vue tologique (Journal de méd. chirurgie et pharmacie, Bruxelles 1861 XXXII, 353-356).
- VERRIER. — Obstétrique comparée, Paris 1884. De l'obstétrique comparée dans les races humaines à propos du livre récent du Dr Engelmann (Archives de tologie, 1885).
- ENGELMANN. — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs.
- GRENSER. — Corporis positionem in genibus ulnisque in praxi obstetrica non esse negligendam (Lipsic, 1843).
- HORNUNG. — De parturientium situ.
- GEHLER. — De parturientis situ ad partum apto (Lipsice, 1789).

EDIS. — Cases illustrating the advantage of the genu-pectoral position (Lancet London 1877).

ENGELMANN. — Posture in labor (Tr. am. gynec. soc 1881; Bost 1881 175-279).

HART. — The clinical features anatomy and uses of the genu-pectoral posture (Am. J. obstetrical N. Y. 1881).

LEGROS. — De la position de la femme pendant l'accouchement (Gaz. des Hôp., Paris, 1864).

NÉGELE et GRENSER. — Traité pratique de l'art des accouchements (p. 286).

BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements.

MILLOT. — De l'obstétrique en Italie, 1882.

HODGE. — Position de la femme au moment de l'accouchement.

RAMSBOTHAM. — Diverses positions des accouchements.

WENNING. — The genu pectoral of knee-elbow position in obstetrica (american obstetric XXII, 387, 432).

GOODELL. — Lessons in gynecology (1880).

RIGBY. — Medical Times and Gazette 1857.

PLOSS. — Ueber die Lage und Stellung der Frau 1872 während der Geburt bei verschiedenen Völkern Leipsick 1872.

LUDWIG. — Warum lässt man die Frauen in den Ruchelage gebären (Breslau 1870).

HIPPOCRATE. — Œuvres, trad. Littré.

GALIEN. — Œuvres, trad. Daremberg.

PAUL D'EGINE. — Livre III, chap: LXII, p. 76.

AETMS. — De conceptus et partus rationes, Chap. XXII.

HOP KNIS. — The accoucheur's vade mecum.

DEUMAN. — Archives of midwifery Londres 1792.

WHITE. — Management of pregnant lying in women London 1791.

- HODGE. — Position de la femme au moment de l'accouchement.
- KING. — What is the normal normal position in obstetric of partury women (american journal obst. 1889).
- CLARCK — The influence of the position of the parturies in labor.
- GARRIQUE. — The best posture in the different stages of normal labor. (Trans. amér. gyn. soc. 1891 XVI).
- PORTCOUS. — Posture in parturition. (N. Y. 1892).
- NAFE. — The genu pectoral position (Améric med. journal Saint-Louis 1892).
- ENSOR. — The genu pectoral position in certain infavorable presentation (British med. 1893 I 519).
- PLAYFAIR. — 1^a volume p. 330.
- WILLIAM WARREN POTTER. — Posture in relation to obstetric and gynecology (Americ. journal obstetric XXVI 1892).
- E. FRANKEL. — Berlner klinische Wochenschrift 10 juli. 1871).
- SCHROEDER. — Lehrbuch der Geburtshulde (Ste-Auflage Bonn 1877 p. 306).
- ASTRUC. — Elements of midwifery, translated by Ryley London 1766.
- SAMUEL ASHWELL. — On parturition London 1834.
- WITKOWSKI. — Histoire des accouchements chez tous les peuples.
-

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

FOCHIER.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR

G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 1^{er} juin 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Etude clinique. — Observations..	31
CHAPITRE III. — Mécanisme. — La position genu- pectorale, son but, ses avantages, ses incon- vénients	55
CONCLUSIONS.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	67

